# DENUNCIAS POR INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA

SUJETO OBLIGADO: **SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE QUINTANA ROO**

EJERCICIO: **2023**

**Segundo Trimestre**

| *Fecha de Inicio* | *Fecha de Termino* | *Número de Denuncia* | *Determinación / fallo (Resolución, desechamiento, sobreseimiento) (Hipervínculo a la determinación)* | *Observaciones* |
|---|---|---|---|---|
| *01/04/2023* | *30/06/2023* | *SIN DENUNCIAS EN EL TRIMESTRE* | | |
| | | | | |